

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

90

Année 1919

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Fernand-Eugène-Gaétan CAHIER

Né à Paris le 15 Février 1894

LE TRAITEMENT

DES

LOCALISATIONS BUCCO-PHARYNGÉES

DE L'INFECTION FUSO-SPIRILLAIRE

(STOMATITE ULCÉREUSE, STOMATITE MERCURIELLE, ANGINE DE VINCENT)

(Par l'Arsénobenzol 606 et 914)

Président : M. HUTINEL, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1919

90

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Fernand-Eugène-Gaétan CAHIER

Né à Paris le 15 Février 1894

LE TRAITEMENT

DES

LOCALISATIONS BUCCO-PHARYNGÉES

DE L'INFECTION FUSO-SPIRRILLAIRE

(STOMATITE ULCÉREUSE, STOMATITE MERCURIELLE, ANGINE DE VINCENT)

(Par l'Arsénobenzol 606 et 914)



Président : M. HUTINEL, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. ROGER.		
Professeurs	MM.		
Anatomie	NICOLAS.		
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.		
Physiologie	CH. RICHET.		
Physique médicale	WEISS.		
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.		
Bactériologie.	BESANÇON.		
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT.		
Pathologie et thérapeutique générales	N...		
Pathologie médicale	VAQUEZ.		
Pathologie chirurgicale	GOSSET.		
Anatomie pathologique.	LETULLE		
Histologie.	PRENANT.		
Opérations et appareils.	DUVAL.		
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.		
Thérapeutique	CARNOT.		
Hygiène	BERNARD.		
Médecine légale.	BALTHAZARD.		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER.		
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.		
	ACHARD.		
	WIDAL.		
Clinique médicale	GILBERT.		
	CHAUFFARD		
	MARFAN.		
	HUTINEL.		
Hygiène et clinique de la première enfance	DUPRE.		
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME.		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	P. MARIE.		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TESSIER.		
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET.		
Clinique des maladies contagieuses	QUENU.		
Clinique chirurgicale.	LEJARS.		
	HARTMANN.		
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE		
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.		
	BAR.		
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.		
	RIBEMONT-DES-		
	SAIGNES.		
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.		
Clinique chirurgicale infantile	BROCA.		
Clinique thérapeutique	ROBIN.		
Clinique d'oto-rhino laryngologie	SEBISEAU.		
Agrégés en exercice.			
MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LÉRI	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET (ANDRÉ)	LOEPER	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ (HENRI)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS.	MULON	SICARD
CHAMPY	TINE	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEMIERRE	RATHIERY	VILLARET
GREGOIRE	LENORMANT	RETTIERE	ZIMMERN
GUENIOT	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUILLAIN	LEREBOULLET	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Filial homage.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE BIEN-AIMÉ
TUÉ GLORIEUSEMENT POUR LA FRANCE,
DEVANT MONASTIR

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A M. LE D^r SIREDEY,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

En hommage de sincère affection.

A M. LE MÉDECIN PRINCIPAL ROUFFIANDIS

En gage de respectueuse amitié.

A MES MAITRES

A M. LE PROFESSEUR HUTINEL

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse et dont nous avons conservé,
avec les fruits d'un enseignement
précis, le souvenir d'un maître qui
a toujours su garder l'attachement
de tous ses élèves.*

LE TRAITEMENT
DÈS
LOCALISATIONS BUCCO-PHARYNGÉES
DE L'INFECTION FUSO-SPIRILLAIRE
(STOMATITE ULCÉREUSE, STOMATITE, MERCURIELLE ANGINE DE VINCENT)
par l'Arsénobenzol (606 et 914)

INTRODUCTION

Les Fuso-Spirilloses.

Il est désormais solidement établi que la symbiose fuso-spirillaire est capable d'engendrer au niveau de la muqueuse bucco-pharyngée, des lésions ulcéreuses d'une ténacité et d'une gravité parfois très grandes. A l'origine de ces lésions, on retrouve les mêmes causes prédisposantes, la même cause déterminante, qu'il s'agisse d'angine de Vincent, de stomatite ulcéreuse, de stomatite mercurielle.

La carie dentaire, la malpropreté de la bouche, l'éruption des dents de sagesse, la présence de dents artificielles, l'abus des épices et du tabac, l'influence du froid humide en facilitent sans doute la production, mais la cause véritable réside dans l'association du bacille fusiforme et d'un spirille.

La stomalite mercurielle, on le sait, n'est elle-même qu'une toxi-infection, le mercure agissant en modifiant le milieu intérieur de la bouche, en diminuant la vitalité de la muqueuse buccale, en entravant notamment la régénération de son épithélium, véritable barrière à l'infection spirillaire. Il est également très vraisemblable que la virulence du bacille fusiforme et des spirilles est exaltée sous l'influence du mercure.

L'association fuso-spirillaire comprend un bacille long de 4 à 12^{tt}, parfois rectiligne, mais le plus souvent incurvé en parenthèse. Il est groupé par deux ou en amas.

A un examen attentif on voit qu'il est semé de vacuoles et de granulations. Il est doué de mouvements actifs, ondulatoires, et semble n'être porteur que de cils peu nombreux. Il se colore par le Ziehl et ne prend pas le Gram.

Il est caractérisé par son association constante avec des spirochetes, tantôt isolés, tantôt au contraire groupés en amas chevelu. Ces spirochetes se présentent, à l'examen à l'ultra-microscope, sous la forme de longs filaments brillants, ondulés, ayant des spires en nombre irrégulier, les spirochetes sont de l'ordre des spirochetides, au même titre que les tréponemes, mais ils appartiennent à un genre bien défini, le genre spirocheta. Ils n'ont du reste ni la longueur, ni la finesse du tréponeme de la syphilis. Leurs spires sont plus allongées, plus irrégulières, plus lâches, quelquefois même à peine indiquées et c'est difficilement qu'on en rencontre, une, deux ou trois à l'une des extrémités du fila-

ment. « Ils se meuvent en se tendant et détendant brusquement à la façon d'un ressort à boudin » (Letulle).

Ces spirochetes de Vincent ne sont pas, du reste, les seuls que l'on puisse rencontrer. Dans quelques cas, beaucoup plus rares, il est vrai, il se substitue des petits filaments, très fins, très minces, d'aspect assez variable, tantôt en virgule, en parenthèse, souvent par deux, tantôt disposés bout à bout. Ces spirilles ont été décrits jadis par Miller et observés dans la suite par Lagarde qui en fait mention dans sa thèse : ils peuvent constituer une autre forme de symbiose. Comme les précédents, ils se colorent aisément et ne prennent pas le Gram.

La symbiose fuso-spirillaire n'est pas pure, mais il existe d'autres microbes saprophytes et pathogènes (staphylocoque, pneumocoque, leptothrix, etc.) en tête desquels il faut placer le streptocoque qui seul s'est développé dans les ensencements d'une façon constante.

A l'analogie étiologique et bactériologique des affections ulcéreuses viennent de plus s'ajouter des lésions anatomiques et des symptômes cliniques communs qui en affirment encore davantage leur identité de nature. « Les lésions produites par l'association fuso-spirillaire, écrit M. le professeur Achard sont toutes semblables quant à leur structure, il s'agit surtout d'une nécrose, tantôt superficielle, tantôt profonde, et c'est à cette nécrose qu'est due l'apparence de membrane diphtéroïde que prend la surface de l'ulcération. Sur les coupes, on distingue deux zones : la couche superficielle

qui répond à l'exsudat diphtéroïde est pauvre en cellules et renferme dans sa profondeur un feutrage épais de microbes; la couche profonde est formée de tissus en voie de mortification limité par une barrière défensive de réaction inflammatoire avec nombreux leucocytes et cellules en prolifération. Dans cette zone, et surtout à la limite de la lésion se voient de grandes quantités de bacille fusiforme et de spirochetes. »

L'analyse rapide des symptômes cliniques confirme enfin leur parenté. Sans vouloir entrer dans le détail clinique de ces maladies il importe cependant de remarquer tout d'abord combien la stomatite ulcéreuse et l'angine de Vincent sont fréquemment associées, celle-ci pouvant avoir été le point de départ de celle-là et réciproquement.

En second lieu, à l'examen de malades atteints de stomatite ou d'angine on est frappé de l'aspect ulcéreux et putrilagineux des lésions dont les bords, irréguliers, un peu décollés et taillés à pic ne reposent point sur une base indurée. Elles sont douloureuses et saignent aisément et s'accompagnent généralement d'un même cortège de troubles fonctionnels parmi lesquels les troubles de la mastication, de la déglutition, la fétidité de l'haleine, le ptyalisme, le trismus sont souvent observés. Souvent bénignes, sans grande réaction générale, il faut savoir cependant que ces infections fuso-spirillaires, abandonnées à elles-mêmes n'ont aucune tendance à la guérison spontanée, qu'elles peuvent se propager de proche en proche, aboutir à des délabrements étendus, à la mortification et au sphacèle des

tissus, à des lésions profondes ostéopériostiques, comme le fait peut s'observer notamment chez les jeunes sujets en état de misère et de déchéance physiologique, le tout évoluant alors au milieu d'un abattement, d'une prostration profonde, de troubles digestifs ou pulmonaires qui rendraient le pronostic singulièrement alarmant, si une thérapeutique efficace n'était opposée aux progrès du mal !

Action de l'arsenobenzol.

Puisque la nature des inflammations bucco-pharyngées est identique, le même mode de traitement pourra leur être appliqué. Il est d'ailleurs lui-même un solide argument à cette similitude. Or l'expérience a prouvé que les composés arsenicaux, arsenobenzol et novarsenobenzol devaient être employés de préférence à tout autre médicament. C'est qu'en effet les essais thérapeutiques et les observations de chaque jour ont démontré la puissance spirillicide de l'arsenobenzol et sa remarquable action contre les microbes ou parasites qui sont distincts mais voisins du tréponème de Schaudinn. En dehors de la syphilis, il est toute une série de maladies parasitaires où les arsenobenzols ont accusé une efficacité plus grande encore que celle qui leur est actuellement reconnue de façon unanime dans la syphilis. Dans les affections spirillaires généralisées les arsenobenzols n'ont pas tardé à prendre la place prépondérante qu'ils occupent, sinon même à devenir l'unique

remède que l'on utilise contre elles. Aux expériences des plus probantes, pratiquées sur les animaux se sont ajoutées les résultats obtenus, chez l'homme dans le domaine de la clinique. Expérimentalement Hata en étudiant l'action de l'arsenobenzol sur les spirochetoses des rats et des souris, a observé que sous son influence, ces animaux étaient débarrassés d'une façon sûre et définitive de tout spirille. Le médicament aurait de plus une action préventive manifeste, et les animaux seraient rendus réfractaires à la maladie au moins durant quelques jours. Chez l'homme, le Pian ou Framboesia est guéri en une ou deux injections. C'est ainsi que l'hôpital de Surinam, réservé aux malades atteints de cette affection dut fermer ses portes, les 328 sujets qu'il hospitalisait ayant été guéris par les injections d'arsenobenzol. On peut encore citer la communication faite par M. Brochard à la Société de Pathologie exotique et concernant 13 enfants guéris du Pian aux îles Wallis, en quelques jours par l'arsenobenzol. Le typhus recurrent est guéri par l'arsenobenzol : la stérilisation de l'organisme est totale et on ne peut retrouver aucun spirochete dans le sang. M. Legendre conclut de sa pratique en Extrême-Orient qu'il en guérit tous les cas sans exception. Les travaux de Yakimov, Iversen, Negre, etc., ont démontré que les arsenobenzols étaient vis-à-vis du typhus recurrent un médicament spécifique sans égal, d'une action curative prompte et absolue, agissant non comme un antipyreétique banal, mais comme un parasiticide énergique. M. et M^{me} Yakimov ont expérimenté le produit sur le tickfever des souris

qui peut être considéré comme équivalent au typhus récurrent d'Afrique, ils concluent que les arsenobenzols jouent vis-à-vis des sujets qui sont exposés à cette maladie un rôle nettement prophylactique, sans que l'on puisse cependant compter sur une immunité de longue durée.

Si nous considérons non plus les spirilloses généralisées mais bien les affections spirillaires localisées, nous nous trouvons en présence des mêmes succès.

Tout d'abord il n'est pas douteux que l'arsenobenzol donne de bons résultats dans la balano-posthite ulcéreuse, dans l'ulcère phagédénique des pays chauds, dans la gangrène de la vulve, maladie beaucoup plus rare aujourd'hui qu'autrefois et qui compliquait si gravement les maladies aiguës fébriles dans les hôpitaux d'enfants.

C'est par l'injection d'arsenobenzol dans les veines que Ehrlich, puis Gerber et Ruppel traitèrent et guérirent en quatre jours les malades atteints d'angine de Vincent. Dans la séance du 26 avril 1911 de la Société Médicale des Hôpitaux, M. Achard rapporte la première observation d'angine de Vincent traitée par lui par des applications locales d'arsenobenzol : il s'agissait d'une jeune femme atteinte du côté droit d'une amygdalite ulcéreuse où l'examen microscopique fit reconnaître la présence de l'association fuso-spirillaire caractéristique : toute une série de topiques les plus généralement en usage, eau oxygénée, bleu de méthylène, permanganate, etc... avait déjà été vainement essayée, malgré cette succession de médicaments, l'ulcération continuait en

effet, à envahir les parties voisines de l'amygdale qui avait été le siège primitif de la maladie. C'est alors que M. Achard eut l'idée de faire des applications locales d'arsenobenzol ; en quelques jours, la guérison totale fut obtenue.

Depuis cette première observation de nombreux cas analogues, furent traités par divers médecins et montrèrent quelle précieuse ressource est l'arsenobenzol, et de quelle façon constante il agit efficacement. M. Sourdel traita par l'arsenobenzol une angine de Vincent survenue chez un malade qui depuis deux mois avait des lésions gingivo-dentaires réfractaires à l'eau oxygénée. Dès la première application d'arsenobenzol, les lésions se modifièrent et la seconde fut suivie de la guérison complète, au troisième jour du traitement.

C'est par injection dans les veines que M. le Blaye guérit en cinq jours un malade. C'est par des insufflations d'arsenobenzol pulvérulent que M. Bodin guérit en quatre jours un malade dont l'angine avait résisté à l'iode et à l'eau oxygénée.

MM. Renon et Desbouis, MM. Anglada et Reveille ont employé le néo-arsenobenzol comme topique dans l'angine de Vincent avec des résultats tout aussi heureux.

L'angine de Vincent n'est pas la seule affection buccale à spirochetes où l'arsenobenzol a donné la preuve de son efficacité. C'est d'abord en injection intra-veineuse que l'arsenobenzol donne, dans la stomatite mercurielle des succès à Gerber puis à M. Le Blaye, c'est aussi par la voie veineuse et par des applications locales

que M. le Professeur Bodin (de Rennes) obtient des guérisons de stomatite mercurielle en cinq jours.

L'efficacité de l'arsenobenzol dans la stomatite ulcéreuse a été constatée par Stuhmer. Dans un cas particulièrement grave, où la stomatite était accompagnée de glossite, d'angine et d'otite ulcéro-membraneuse, Gerlach obtient la guérison après deux injections intra-veineuses.

M. Netter a pu obtenir des guérisons, dans les formes gangréneuses, soit par des applications locales, soit par des injections. M. Plazy a rapporté l'observation d'un malade atteint à la fois d'angine de Vincent et de stomatite ulcéreuse, dont l'angine avait guéri après deux injections d'arsenobenzol dans les veines et dont la stomatite, plus rebelle, ne céda qu'aux applications locales.

On trouvera enfin dans cette thèse de nouvelles observations de guérison par les arsenobenzols.

En dehors de ce rôle spirillicide bien établi, l'arsenobenzol possède de remarquables propriétés cicatrisantes qui en augmentent la valeur thérapeutique, et qui l'ont fait utiliser, par suite, en dehors de toute infection fusospirillaire. On sait du reste dans la syphilis avec quelle rapidité, sont guéris les accidents cutanés et muqueux. M. Melun a utilisé avec grand succès la poudre d'Arsenobenzol pour le pansement du chancre mou.

MM. Levy-Bing et Morin ont obtenu des résultats analogues en employant une pommade composée de 40 parties de vaseline pour 1 partie d'arsenobenzol.

MM. Durœux et Levy-Bing ont mis à profit les propriétés cicatrisantes de ce médicament pour panser les

ulcères de jambe, d'origine variqueuse et non syphilitique. Ils se sont bien trouvés de l'employer sous forme de pommade à 1 p. 10.

Lacapere et Lenormand ont obtenu d'excellents résultats dans le traitement des gangrènes consécutives aux gelures, par des injections intra-veineuses d'arsenobenzol à dose variant de 0 gr. 15 à 0 gr. 40 et des pansements humides du même produit (Solution 1/1000) : la mortification était enrayée, le processus de réparation accéléré.

Diverses ulcérations rebelles, de sièges divers, nombre de dermatoses, (eczéma, lupus, pemphigus, lichen plan etc...) ou leishmanioses cutanées (bouton d'Orient) sont favorablement influencées par l'arsenobenzol.

Il convient enfin d'ajouter, pour en terminer avec les propriétés des arsenobenzols, que les applications de poudre en suspension glycinée, sont toujours bien tolérées par la muqueuse bucco-paryngée, ce qui en rend aisé leur usage.

Autres procédés thérapeutiques.

Avant d'envisager la technique du traitement par l'arsenobenzol, nous passerons rapidement en revue les divers procédés thérapeutiques qui ont été utilisés dans les affections fuso-spirillaires de la cavité buccale.

Ces procédés sont nombreux. A l'action des gargarismes ou pulvérisations s'ajoute celle de topiques utilisées sous des formes variables.

Sous forme de collutoires, on a préconisé le chlorate de potasse, le borate de soude, l'alun, le tannin, l'acide phénique, la résorcine.

M. Ramond traite les stomatites ulcéreuses et l'angine de Vincent par des badigeonnages, des ulcérations au nitrate d'argent en solution à 1/50.

Voici comment il procède.

Dans les stomatites, s'il s'agit d'une ulcération jugalé, la curette à bord mousse doit être employée. Si, au contraire, il s'agit d'ulcération gingivale, on emploie une brosse à dents qui déterge parfaitement toutes les ulcérations. L'hémorragie consécutive, toujours légère, est arrêtée par un lavage à l'eau oxygénée étendue. Puis la muqueuse est rapidement asséchée et touchée ensuite avec la solution de nitrate d'argent à 1/50. L'opération est répétée jusqu'à ce que la guérison soit complète et définitive. Dans l'angine de Vincent, le malade se gargarise tout d'abord avec une forte gorgée d'eau cocaïnée au centième afin d'obtenir une anesthésie relative de la muqueuse amygdalienne. Au bout de cinq minutes, l'anesthésie est suffisante. Les mâchoires sont écartées l'une de l'autre avec un tampon, la tête est renversée en arrière, puis immobilisée par un aide. Avec l'aide d'une petite curette à bords mousses on râcle rapidement le fond et les bords de l'ulcération jusqu'à ce que tout détritits sanieux ait disparu. Il se produit à ce moment-là une hémorragie légère, rapidement arrêtée par un gargarisme à l'eau oxygénée. La cavité anfractueuse est asséchée avec du coton hydrophile et touchée immédiatement après, avec

un tampon imbibé de nitrate d'argent en solution à 1/50.

L'opération est douloureuse, mais l'hémorragie minime. Il est nécessaire de répéter l'opération durant trois à cinq jours. Le plus souvent à partir de ce moment-là, les fausses membranes ne se reproduisent plus, la cavité se déterge et les bourgeons charnus apparaissent, nombreux et vigoureux, comblant rapidement l'ulcération.

M. le professeur Chauffard a conseillé, il y a déjà quelques années, l'usage du bleu de méthylène comme topique, soit en poudre, soit en solution dans un mélange d'alcool et de glycérine. Ce médicament est encore actuellement très en faveur, et jouit d'une grande vogue. L'acide chromique, préconisé par Jarre, s'emploie en solution dans l'eau à 1/10 et 1/20.

L'acide chlorhydrique en solution au 1/4 ou au 1/5 est souvent employé en application sur les ulcérations avec une simple boulette de coton imbibée. D'après le Dr Cruet ce traitement donnerait de très bons résultats dans les stomatites ulcéreuses ou mercurielles.

L'acide citrique au 1/10, l'acide lactique à 1/100 ont également été préconisés en attouchements.

On emploie aussi les ferments lactiques.

M. Leven a tenté, dernièrement, de remettre en honneur le jus de citron.

Le chlorure de chaux, utilisé en poudre, ou mieux en solution est un bon antiseptique, quoique un peu irritant.

Les préparations iodées sont d'un maniement facile et d'un usage courant.

On utilise soit la teinture d'iode pure ou diluée, soit des glycerès iodés ou des solutions iodo-iodurées.

Enfin le chlorure de zinc à 1/50, le phénol sulfurisé, le permanganate de potasse à 1/200, le salicylate de soude à 1/10 sont vantés par divers auteurs.

Il est certain que la plupart de ces topiques et notamment le bleu de méthylène, le nitrate d'argent, l'acide chlorhydrique méritent d'arrêter notre attention, mais il n'en est pas moins vrai qu'il est des cas rebelles, ayant résisté à l'application de toutes sortes de topiques, et que les arsenobenzols guérissent très rapidement. Nous en avons rapporté des observations au cours de notre thèse.

TECHNIQUE DE LA MÉTHODE

L'arsenobenzol et les produits arsenicaux de la classe du 606, en particulier le néo ou novarsenobenzol peuvent être employés dans le traitement de l'infection fuso-spirillaire à localisation buccale, de deux façons, soit comme topiques, soit en injections intra-veineuses.

Les deux procédés peuvent du reste se combiner (1).

A. — Arsenobenzol, topique local.

Ce mode d'application sera le procédé de choix. Il est le plus simple, d'une innocuité absolue, et à lui seul, il suffit généralement dans la plupart des cas à enrayer le processus pathologique et à mener très rapidement la guérison des lésions.

Ceci posé, voyons quelles sont les diverses manœuvres à effectuer, tout d'abord dans le traitement de la stomatite ulcéreuse et de la stomatite mercurielle.

I. — STOMATITE ULCÉREUSE ET STOMATITE MERCURIELLE

Le traitement de la stomatite ulcéreuse et de la stomatite mercurielle comprend trois séries de manœuvres.

1. On a également préconisé, comme produit arsenical, le galyl.

vres thérapeutiques (mais il va sans dire, que pour la stomatite mercurielle le premier temps sera la suppression du mercure) :

- 1° Nettoyage mécanique et soins dentaires ;
- 2° Applications locales d'arsénobenzol ;
- 3° Lavages et désinfection de la cavité buccale.

A) *Nettoyage mécanique et soins dentaires.*

Ce premier temps est capital, car dans nombre de cas il existe une couche de tartre abondante, et souvent des racines infectées. Des ulcérations recouvertes d'un enduit sanieux siègent non seulement à la face interne d'une ou des joues, en arrière des molaires, mais aussi au collet d'un grand nombre ou de toutes les dents d'un côté (hémistomatite) ou des deux côtés de la bouche.

Il faut immédiatement procéder au détartrage des dents et aussitôt après au brossage soit avec une simple brosse à dents dure, comme l'a préconisé Ramond, soit mieux avec les brossettes spéciales, montées sur mandrins et actionnées par le tour de dentiste.

Pour pallier à la douleur qui accompagne cette manœuvre il suffit de badigeonner les gencives avec une solution de cocaïne au 1/10 qui donne une anesthésie très suffisante.

Cette première manœuvre fait disparaître à elle seule, la presque totalité de l'enduit sanieux qui recouvre les ulcérations. Elle sera pratiquée avec soin mais avec douceur. Si elle était mal supportée on pourrait se con-

tenter d'une simple application d'arsenobenzol et on l'effectuera à la séance suivante.

L'extraction des racines infectées sera pratiquée non dans la première séance mais étagée au fur et à mesure des séances ultérieures.

B) *Application d'arsenobenzol.*

L'application d'arsenobenzol peut se faire de plusieurs manières. On peut employer le remède, à l'état de poudre sèche ou en suspension dans n'importe quel véhicule.

Si l'on utilise la poudre on peut l'insuffler à l'aide d'un insufflateur ordinaire : on pulvérise jusqu'à ce que les ulcérations soient recouvertes d'une légère couche de poudre. On peut encore la porter directement sur la lésion avec un pinceau imbibé de glycérine.

D'autres fois le remède est dans un véhicule. On a utilisé des solutions aqueuses, légèrement acides, ou alcalines à des taux variant de 1 à 3 %. M. Netter emploie une solution glycinée à 1 p. 10 ou 1 p. 20 ; MM. Renon et Desbouis une solution glycinée à 1 p. 30. (Les solutions alcalines ont l'inconvénient d'être douloureuses. Les solutions acides ont un effet moins rapide. Mieux vaut les solutions glycinées.)

Les solutions glycinées sont les plus habituellement employées. Le mélange du produit et de la glycérine est fait dans un petit récipient quelconque, tel qu'une cuillère ou une œillère par exemple, que l'on aura désinfectée au préalable.

On utilise des flacons d'arsenobenzol de 0 gr. 10 à 0 gr. 15 et 0 gr. 30, selon l'intensité des lésions et l'on homogénéise la poudre par agitation de quelques secondes, de la glycérine que l'on verse doucement sur la poudre de façon à avoir un liquide de coloration jaune identique comme couleur au produit lui-même. Il faut pour cela, 5 à 10 centimètres cubes de glycérine, environ.

Puis l'on imprègne quelques petits tampons de coton hydrophile qui seront appliqués au fur et à mesure, sur tous les points ulcérés.

Les tampons sont laissés au contact des ulcérations durant dix minutes à un quart d'heure environ, en recommandant au malade de garder la bouche entr'ouverte. Avant l'application il est utile, bien que non indispensable pour éviter une sécrétion salivaire parfois assez abondante qui gêne le malade, et amène la dilution de l'arsenobenzol, de placer des tampons de coton au niveau des orifices buccaux des glandes salivaires ou d'utiliser la pompe à salive. L'application des tampons chargés d'arsenobenzol glycérimé n'offre aucune difficulté au niveau de la face interne des joues ou en arrière des grosses molaires, leur adhérence est du reste assurée par la glycérine dont ils sont imprégnés.

Au niveau des ulcérations gingivales on les étend le long de la muqueuse, en les insinuant, au besoin, légèrement dans les espaces interdentaires. Les applications sont quotidiennes ou biquotidiennes, à raison d'une le matin et d'une le soir. Il importe de bien porter le topique sur tous les points qui sont le siège de

lésions. Enfin il est bon, alors même que la lésion paraît guérie de ne pas cesser trop tôt le traitement et de le continuer durant les trois à quatre jours qui suivent.

c) *Lavages de bouche.*

Ils ne sont que la partie accessoire du traitement.

Ils comprennent :

1° les lavages faits par le praticien ;

2° les lavages faits par le malade.

Faits par le médecin, on les pratique immédiatement avant les applications d'arsenobenzol. Ces lavages peuvent être faits avec une petite poire ou seringue à eau ou au bock, de sorte que le liquide antiseptique est projeté avec une certaine pression sur les ulcérations mêmes. On se sert d'eau oxygénée étendue à 1/6, d'eau de Labarraque, d'eau formolée ou thymolée à 1 p. 1000 etc. Les lavages faits par le malade sont à recommander toutes les deux heures environ et en particulier après les repas, au lever et au coucher. Les mêmes antiseptiques seront employés. Si les douleurs déterminées par les ulcérations sont vives on peut avec avantage prescrire les bains de bouche à l'eau chloralée à 10 p. 1.000.

II. — ANGINE DE VINCENT

Dans l'angine ulcéreuse après avoir vérifié attentivement s'il n'existe aucune gingivite ou stomatite ulcéreuse, on commence par faire gargariser le malade avec une solution antiseptique quelconque.

On fait ensuite l'anesthésie locale par badigeonnage de la gorge et de la base de la langue à la cocaïne à 1/10, tel que le pratiquent les laryngologistes. Cette anesthésie locale peut être également obtenue de façon suffisante par une forte gorgée d'eau cocaïnée au centième avec laquelle le malade se gargarise.

L'anesthésie est suffisante au bout de cinq à six minutes pour supprimer le réflexe pharyngien.

L'arsenobenzol peut être appliqué ensuite directement ou bien on peut déterger la surface sur laquelle doit être faite l'application en râclant légèrement, avec une petite curette à bords mousses, le détritüs qui recouvre l'ulcération. La lésion est touchée ensuite avec un tampon imbibé d'arsenobenzol en suspension glycinée et maintenue à son contact ou bien si l'ulcération est assez anfractueuse nous l'introduisons et le laissons dans la petite cavité creusée dans l'amygdale, le malade gardant la bouche entr'ouverte. Il est retiré au bout d'une dizaine de minutes. Dans ce cas, comme dans les cas de stomatite, immédiatement après l'application d'arsenobenzol, il faut avoir soin de ne pas faire de lavage afin que le médicament imprègne le plus

longtemps possible les ulcérations. Les détails de la technique pour la préparation de l'arsenobenzol, le nombre d'applications, les doses sont les mêmes que ceux déjà décrits au cours des stomatites.

B. — Injections intraveineuses d'arsenobenzol.

Quand les signes locaux ou généraux se montrent et revêtent une gravité particulière on pourra recourir aux injections intraveineuses tout en sachant que c'est là une ressource à employer beaucoup plus rarement.

Il est des cas, où les lésions sont profondes, où les spirochetes ont pénétré quelque peu dans les tissus, séparés en tout cas de la surface d'application par une grande épaisseur de tissu nécrosé. Il se peut aussi que des lésions ulcéreuses graves de la bouche ou du pharynx se soient compliquées d'accidents généraux graves, de gangrène pulmonaire contre lesquels un traitement local serait insuffisant. C'est donc le traitement général qu'il conviendra alors d'appliquer tout en s'entourant des précautions habituelles à ces injections.

Les injections intraveineuses seront faites à faibles doses. Les doses habituelles de 0 gr. 10 à 0 gr. 30 sont la plupart du temps suffisantes. Les injections seront faites à raison de une et même deux par semaine et la guérison est obtenue habituellement par 2 à 3 injections.

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

Les résultats thérapeutiques sont remarquables. Dès la première séance une amélioration se produit et dans la plupart des cas, en 4 ou 5 applications, souvent plus rapidement la guérison est obtenue, tant pour la stomatite que pour l'angine. Des ulcérations buccales datant de plusieurs mois sont guéries en trente-six heures au bout de 3 applications d'arsenobenzol alors que les malades avaient été traités par toutes sortes de procédés. Nombre d'auteurs en ont publié maintes observations et nous en avons signalé quelques nouveaux exemples dans cette thèse.

Quand nous parlons de guérison, il faut entendre non seulement ulcération détergée, bourgeonnante, mais encore complètement cicatrisée.

Dans le traitement de la stomatite il convient d'attirer l'attention sur un fait important, qui, s'il est inconnu, pourrait faire croire à un échec de la méthode ou être le point de départ d'une récurrence à plus ou moins brève échéance, alors que la cause d'échec n'a rien de spécial au traitement par l'arsenobenzol.

Il s'agit de cas où l'ulcération de la stomatite siège au pourtour d'une dent de sagesse inférieure ou supérieure en évolution, ayant fait une éruption incomplète. Dans ce cas, on observe bien, sans doute, si l'on fait le traitement par le procédé décrit, une régression manifeste des symptômes : trismus, ulcérations, ptyalisme,

adénopathie, mais la guérison est plus lente que normalement. On arrive bien à une cicatrisation presque complète ou même complète, mais les phénomènes ne tardent pas à récidiver. Dans ce cas une solution devient impérieuse, c'est l'extraction de la dent de sagesse, même saine. La stomatite ulcéreuse n'est là en effet qu'un accident en rapport avec l'éruption de cette dent et l'arsenobenzol, comme n'importe quel procédé serait insuffisant si la dent causale ne venait à être extraite.

En somme, on peut conclure des faits qui viennent d'être exposés, que l'arsenobenzol doit être employé systématiquement dans les infections fuso-spirillaires de la cavité buccale (stomatite ulcéreuse, stomatite mercurielle, angine de Vincent.) La simplicité de la technique, l'indolence de l'application locale, la constance des succès, la rapidité des résultats thérapeutiques, le recommandent tout particulièrement à l'attention du médecin et c'est pourquoi il nous a semblé utile de préciser les détails de ce traitement et d'en mettre en relief toute la valeur.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Stomatite ulcéreuse généralisée.

(Dr MAUREL. Centre maxillo-facial de la XVII^e région.)

Augustin S..., soldat 1^{re} classe, 14^e régiment d'Infanterie, 47 ans. En observation à l'infirmerie régimentaire pour diarrhée. Stomatite ayant débuté il y a huit jours par les incisives supérieures et inférieures puis généralisée à toute la bouche (8 avril 1910). A l'examen trismus, gencives rouges et tuméfiées en particulier du côté gauche où il existe des ulcérations profondes, étendues, et recouvertes d'un détritit jaunâtre. Langue, voûte palatine intactes. Quelques dents cariées. Quelques petits ganglions sous-maxillaires un peu indurés et douloureux.

Fétidité de l'haleine et écoulement de salive pendant la nuit le long des commissures ; difficulté de la mastication. Symptômes généraux atténués, un peu de courbature et malaise ; anorexie par contre prononcée.

Le 9 avril, des lavages de bouche à l'eau oxygénée étendue sont pratiqués toutes les deux heures et une applications de néosalvarsan en suspension glycinée est faite sur les points atteints après détartrage soigneux des dents.

Le 10 avril. — Amélioration sensible ; deuxième application

de néosalvarsan ; grands lavages au bock à l'eau oxygénée étendue.

Le 11 avril. — Extraction de deux dents. Troisième application de néosalvarsan : les ulcérations se détergent.

Le 12 avril. — Lavages à la poire à l'eau thymolée à 5 ‰. Quatrième application de néosalvarsan.

Le 13 avril. — Cinquième et dernière application de néosalvarsan. Guérison complète des ulcérations.

Extraction d'une racine.

OBSERVATION II

Hémistomatite ulcéreuse droite.

(D^r MAUREL. Centre maxillo-facial, XVII^e région.)

Marcel H..., sous-lieutenant, 83^e d'Infanterie, 35 ans. Stomatite ayant débuté le 26 janvier 1916 par les incisives inférieures. Le malade avait fait des rinçages de bouche à l'eau oxygénée, pris du chlorate de potasse à l'intérieur et fait des applications locales de teinture d'iode sans résultat. A l'examen, le 6 avril, on constate une hémistomatite ulcéreuse droite.

Il existe des ulcérations étendues en haut et en bas au niveau des dents de sagesse. Toute la moitié droite de la bouche est rouge, douloureuse, oedématiée. Déchaussement des dents sans pyorrhée apparente. Adénite douloureuse sous-maxillaire droite et latéro-cervicale droite datant du début de la stomatite. Pas de salivation et de phénomènes généraux appréciables.

Le 6 avril. — Lavages de bouche à l'eau oxygénée et détartrage des dents.

Application locale de néosalvarsan après badigeonnage à la cocaïne à 1/10.

Le 7 avril. — *Idem.*

Le 8 avril. — *Idem.*

Le 9 avril. — *Idem.*

Le 10 avril. — *Idem.*

Le 11 avril. — *Idem.*

Guérison complète après 6 applications. Quelques pointes de feu sont faites sur les gencives inférieures encore un peu rouges et boursofflées.

Le 15 avril. — Le malade quitte l'hôpital. Guérison complète.

OBSERVATION III

Stomatite ulcéreuse généralisée.

(D^r MAUREL, Centre maxillo-facial, XVII^e région.)

Léon C..., maréchal des logis, 57^e régiment d'Artillerie, 26 ans. Stomatite ayant débuté par les grosses molaires inférieures gauches le 22 février 1910. Le malade est resté un mois sans soins. L'examen pratiqué le 20 mars 1910 montre de petites ulcérations ovalaires sur les joues et à la face intérieure de la lèvre inférieure. Il résiste, en outre, le long de l'espace interdentaire gauche des ulcérations superficielles, grisâtres, verticales. La langue est indemne. Quelques dents cariées.

A l'entour des ulcérations on constate un état de tuméfaction et de ramollissement de la muqueuse gingivale qui est grisâtre, et saigne facilement au moindre contact.

L'adénite sous-maxillaire est volumineuse.

L'haleine est fétide, le trismus accentué.

La mastication et la déglutition sont gênées et la salivation est augmentée.

La température de 38° : l'insomnie est tenace.

20 mars. — Lavages de bouche au bœuf à l'eau oxygénée étendue. Détartrage soigneux quoique pénible et difficile.

Extraction de deux racines.

21 mars. — *Idem.*

22 mars. — Application de néosalvarsan en suspension glycérolisée.

23 mars. — *Idem.*

24 mars. — *Idem.*

Les douleurs très vives, irradiées au côté gauche de la face sont calmées dès les premières applications ; le malade a pu reposer.

Les 25-26-27-28 mars. — Les applications de néosalvarsan sont continuées de la même façon ; l'amélioration continue et à la septième application la guérison est complète.

OBSERVATION IV

(Dr MAUREL. Centre maxillo-facial, XVII^e région.)

Stomatite ulcéreuse généralisée.

Antonin P., 57^e d'Artillerie, envoyé par le médecin de son régiment, se présente le 16 septembre 1916 avec une stomatite ulcéreuse généralisée : les ulcérations siègent en particulier au niveau des dents de sagesse supérieures et inférieures ainsi qu'au niveau du collet des incisives, mais c'est au niveau des dents de sagesse qu'elles présentent leur maximum d'étendue et de profondeur notamment à l'entour de la dent de sagesse infé-

rière, du côté gauche. Celle-ci n'a fait qu'une éruption incomplète, les cuspides antérieurs étant seuls découverts.

L'éruption de la dent de sagesse supérieure, du même côté est également inachevée. Elle est partiellement recouverte de muqueuse, les dents sont saines.

Les symptômes que présentait le malade au moment de son premier examen (ulcérations buccales, trismus, ptyalisme, fétidité de l'haleine) existaient, d'après ses dires, depuis une vingtaine de jours mais il n'avait été fait aucun traitement spécial : seules les applications iodiques avaient été tentées mais provoquaient des douleurs insupportables.

Consécutivement à ce premier examen, ablation d'un tartre dentaire et nettoyage de la bouche à l'eau oxygénée au 1/6 et à la liqueur de Labarraque étendue. Application de Novarsenobenzol en suspension glycinée. Le malade revient chaque jour et l'on procède chaque fois, après lavage soigneux de la cavité buccale à un attouchement au Novarsenobenzol.

Au bout de 9 applications les phénomènes de stomatite ont disparu.

Le 11 octobre le malade revient consulter, les phénomènes ayant récidivé. A l'examen, on constate qu'en réalité les ulcérations sont beaucoup moins nombreuses et profondes qu'à la première atteinte.

Nouveaux lavages de bouche, applications journalières de Novarsenobenzol.

Dans l'intervalle des applications le malade fait lui-même des lavages, soit à l'eau oxygénée à 1/6, soit au formol à 1/1000. Malgré ces soins et contrairement à ce qui se produit d'habitude les ulcérations, bien que guérissant rapidement réapparaissent également très vite en un autre point de la serti-

ssure gingivale, de plus le trismus ne cède que partiellement.

En conséquence, on estime que le point de départ de l'infection est dans la présence des dents de sagesse n'ayant fait qu'une éruption incomplète, aussi l'on pratique l'avulsion sous anesthésie locale à la cocaïne-adrénaline de la dent de sagesse supérieure le 28 octobre; quatre jours après, avulsion de la dent de sagesse inférieure.

Le trismus et les ulcérations s'amendent et le 8 novembre le malade est définitivement guéri.

OBSERVATION V

(Dr MAUREL. Centre maxillo-facial, XVII^e région.)

Stomatite ulcéreuse généralisée. Angine ulcéreuse droite.

Emile P., 23^e d'Artillerie 24 ans.

Evacué du front le 23 mai 1916 pour blessure de la face siégeant à la pointe du nez et de la lèvre supérieure. Cicatrisation des plaies le 14 juin 1916 et évacuation sur un hôpital bénévole.

A présenté au début d'août 1916 des phénomènes ulcéreux au niveau de la muqueuse bucco-pharyngée. Le blessé montre une ulcération au niveau de l'amygdale droite, avec tuméfaction de la région sous-maxillaire. A ce moment le blessé ne présentait pas encore de stomatite. Les soins donnés consistent en gargarismes, applications iodiques, pommade belladonnée.

Peu de temps après le début de l'angine ulcéreuse, il se produit également de la gingivo-stomatite ulcéreuse qui est traitée par des gargarismes et des attouchements iodiques.

En dépit de ces soins la stomatite ne guérit point, mais, au

dire du blessé l'angine est notablement améliorée. Le 5 septembre le blessé est envoyé à Castres, hôpital 18, pour mise en observation. Il y fait un séjour de quinze jours puis est renvoyé à son premier hôpital où il séjourne du 20 septembre au 19 octobre. Pendant ce temps, continuation des phénomènes de stomatite et au moment où le blessé quitte l'hôpital son billet d'hôpital porte la mention suivante : « La gingivite quoique améliorée persiste encore ».

Après sept jours de permission retour au dépôt de son régiment à Toulouse.

Le 4 novembre il est envoyé en consultation au Centre maxillo-facial.

A l'examen on note des phénomènes de stomatite ulcéreuse généralisée, avec enduit fongueux et ulcérations en coup d'ongle au niveau du liseré gingival. Il existe de l'hypersalivation et une fétidité accusée de l'haleine. Adénite sous-maxillaire.

Nombreuses racines infectées.

Le 6 et le 8 novembre ablation de chicots, lavages de bouche toutes les deux heures à l'eau oxygénée au 1/6 et à l'eau formolée à 1/1000. Datartrage soigneux.

Le blessé est traité ensuite par des applications biquotidiennes de Novarsenobenzol en suspension glycerinée durant trois jours consécutifs.

Guérison rapide des ulcérations.

Néanmoins continuation d'une seule application journalière durant trois autres jours.

Le 18 novembre le blessé sort guéri.

OBSERVATION VI

(D^r MAUREL. Centre maxillo-facial, XVII^e région.)

Angine et Stomatite ulcéreuses droites.

Gaston M..., 24 ans, caporal au 14^e régiment d'Infanterie.

Entre à l'hôpital pour angine et stomatite ulcéreuses. La maladie a débuté au mois d'août 1916, le malade se trouvant alors à l'hôpital 35 pour entorse tibio-tarsienne droite. Les accidents ulcéreux frappèrent d'abord l'amygdale droite et le pourtour de la dent de sagesse inférieure droite qui commençait son éruption. Les accidents, aux dires du malade furent diagnostiqués « Angine diphtérique » et il fut traité par des injections de sérum anti-diphtérique. La maladie dura un mois et le malade sortit de l'hôpital avec un mois de convalescence.

Mais si l'angine a guéri, les accidents ulcéreux au pourtour de la dent de sagesse ont persisté intégralement depuis le mois d'août, quels que soient les traitements effectués (iode, bleu de méthylène, etc...).

Le 4 décembre le malade est envoyé en consultation par son médecin du régiment auquel nous demandons son hospitalisation. Il entre à l'hôpital le 5 décembre. A l'examen on observe une hémistomatite ulcéreuse droite portant sur les deux maxillaires ; les gencives sont rouges, boursoufflées, saignantes au moindre contact. Il existe des ulcérations en coup d'ongle relativement profondes au pourtour de la dent de sagesse inférieure droite, sur la gencive et la joue. De plus on note la présence d'une ulcération profonde, anfractueuse, couverte en partie d'un exsudat grisâtre et occupant le centre de l'amygdale droite.

L'adénopathie sous-maxillaire est accusée, à droite. Les dents sont saines.

Les symptômes fonctionnels sont peu accusés, il existe cependant un peu de dysphagie et d'hypersalivation. Le traitement consista en :

Détartage des dents, qui d'ailleurs ne présentent que peu de tartre et en lavages de bouche toutes les deux heures à l'eau oxygénée à 1/6.

Après nettoyage des ulcérations et badigeonnage de la gorge à la cocaïne au 1/10 une première application d'arsenobenzol est faite. Le lendemain on fait deux nouvelles applications. A la troisième application les ulcérations buccales et l'ulcération amygdalienne sont guéries.

Malgré la guérison, nous continuons quelques jours encore les applications.

Le malade sort guéri le 18 décembre 1916.

OBSERVATION VII

(D^r MAUREL. Centre maxillo-facial, XVII^e région.)

Hémistomatite ulcéreuse gauche.

Jean S..., étudiant vétérinaire, 20 ans, 23^e régiment d'Artillerie.

Entre à l'infirmerie du 23^e pour « Amygdalite double » le 22 novembre. Il y séjourne jusqu'au 29 novembre.

Pendant ce séjour il se produit au niveau de la dent de sagesse inférieure gauche une ulcération qui s'accompagne de trismus.

Le 29 novembre le malade est évacué sur l'hôpital 57. Il y séjourne jusqu'au 5 décembre. On lui fait des lavages à l'eau iodée et à l'eau oxygénée mais aucune application locale. Au

moment de sa sortie le malade n'était pas encore guéri : simple amélioration. Il rentre à son dépôt, se fait porter malade et le médecin du dépôt l'évacue sur le Centre maxillo-facial.

A l'entrée, le 13 décembre, on constate une ulcération recouverte d'un enduit sanieux, saignant au moindre contact, douloureuse, siégeant en arrière de la dent de sagesse inférieure gauche.

L'haleine est très fétide, la salivation exagérée.

L'alimentation est gênée par suite de la douleur très vive que produit l'ulcération.

On note un certain degré de trismus.

Adénopathie sous-maxillaire gauche.

En dehors de l'ulcération déjà notée, il existe un degré marqué de gingivite au niveau de toute la moitié gauche de la bouche : la gencive est rouge, violacée, tuméfiée, saignant au moindre contact.

Bonne dentition.

Du côté gauche, les deux dents de sagesse supérieure et inférieure ont fait une éruption incomplète.

Traitement. — Après lavage soigneux de la cavité buccale à l'eau de Labarraque et détartrage mécanique, application deux fois par jour de Novarsenobenzol. Au bout de quatre jours, amélioration très sensible des symptômes fonctionnels, diminution du trismus, diminution du pyalisme, suppression de la fétidité ; l'ulcération est presque complètement cicatrisée. Guérison complète au sixième jour.

OBSERVATION VIII (*Observation personnelle.*)

Stomatite ulcéreuse généralisée.

Jules L..., caporal infirmier ; hôpital de Germersheim, 19 ans.

Stomatite ayant débuté le 17 août 1919 par les incisives inférieures puis supérieures. Les gencives sont rouges, tuméfiées, et tout le long du collèt des dents on constate la présence de petites ulcérations verticales, en coup d'ongle.

Elles sont recouvertes d'un détritüs jaune grisâtre et saignent au moindre contact. La mastication est douloureuse.

L'haleine est franchement fétide. Durant la nuit le malade présente un écoulement de salive qui lui est désagréable.

Les dents sont saines mais mal entretenues, elles sont recouvertes en maints endroits d'une couche de tartre.

Adénopathie sous-maxillaire peu prononcée.

Symptômes généraux nuls.

Des lavages de bouche sont pratiqués avec des solutions étendues d'eau oxygénée. Un brossage soigneux des dents à la brosse à dents est effectué après avoir anesthésié les gencives par un badigeonnage à la cocaïne au 1/10.

Deux applications de néosalvarsan en suspension glycinée sont faites à raison d'une le matin et une le soir.

Le malade dans l'intervalle fait des lavages de bouche. A la suite de 5 applications successives d'arsenobenzol les phénomènes rétrocedent et la guérison est complète au quatrième jour.

Les applications sont néanmoins continuées durant les deux jours suivants et une hygiène rigoureuse de la bouche est recommandée, au malade, pour l'avenir.

OBSERVATION IX (*personnelle.*)
Stomatite ulcéreuse généralisée.

Maurice G..., aviateur, Spa 7, deuxième escadrille, 25 ans, en traitement pour blennorrhagie, hôpital de Vénérologie de Gernersheim.

Se présente à nous le 8 septembre porteur d'une ulcération profonde, anfractueuse au niveau de la face interne de la joue gauche, un peu au-dessus et en arrière de la dernière grosse molaire inférieure gauche. En plus de cette ulcération il existe quelques ulcérations, disséminées au niveau des incisives supérieures. A ce niveau la gencive est particulièrement rouge et douloureuse.

Les dents sont saines, peu de tartre.

Pas d'adénite sous-maxillaire.

Un peu de salivation. Léger degré de trismus.

Deux applications d'arsenobenzol sont faites le jour même, à raison d'une application le matin et d'une application le soir.

Dans l'intervalle et à distance, le malade fait des lavages à l'eau formolée et thymolée à 1/1000.

En quarante-huit heures, soit après 4 applications les ulcérations sont presque cicatrisées entièrement.

Malgré la guérison on continue le lendemain et le surlendemain une seule application.

Le malade qui fut encore gardé un mois pour son uréthrite, n'a présenté aucune récurrence de stomatite.

OBSERVATION X

(D^r MAUREL, hôpital de Taza).

Stomatite ulcéro-gangréneuse.

Mahomed Ben A..., tirailleur marocain, 2^e classe, 20 ans.

En traitement pour plaie de la cuisse droite.

Le 16 mai 1917 le blessé attire notre attention sur la région buccale dont il se plaint.

A l'examen on constate au niveau de la fosse canine une ulcération extrêmement large (environ comme une pièce de 5 francs) et profonde, d'allure gangréneuse recouverte de tissus spacelés, noirâtres et s'étendant de la ligne médiane jusqu'au niveau de la deuxième petite molaire. La gencive est rouge et tuméfiée.

De plus il existe au niveau de l'amygdale droite une ulcération recouverte d'un exudat grisâtre. L'amygdale gauche, présente également, quoique moins marquée, une ulcération identique.

L'haleine est très fétide, les dents sont en mauvais état. Il existe une adénite sous-maxillaire dure et volumineuse, à droite. Rien à gauche.

Le malade nous apprend que ces phénomènes existent depuis près d'un mois.

L'examen bactériologique pratiqué, montre la symbiose fusospirillaire.

Le jour même, on pratique une soigneuse désinfection de la bouche, avec brossage et détartrage des dents.

L'avulsion de deux racines fut effectué. Etant donné l'impor-

tance de l'ulcération et des phénomènes douloureux, on ne peut néanmoins insister dans le nettoyage et celui-ci est forcément incomplet.

On applique une fois par jour l'arsenobenzol en suspension glycérinée jusqu'au 23 mai.

Le 24 mai on pratique une injection intraveineuse d'arsenobenzol de 0 gr. 10.

Les jours suivants nouvelles applications d'arsenobenzol une fois par jour.

Peu à peu l'ulcération gingivale se déterge, devient rouge et bourgeonnante.

La guérison des lésions amygdaliennes est complète dès le 29 mai. Rétrocession de l'adénite sous-maxillaire.

Le 31 mai, deuxième injection intraveineuse d'arsenobenzol de 0 gr. 20.

Les applications d'arsenobenzol sont continuées sur la lésion gingivale jusqu'au 7 juin mais dès le 3 juin la guérison est complète.

OBSERVATION XI

(Hôpital Laënnec, service du Dr LOMBARD.)

Stomatite ulcéreuse généralisée.

Jeán M..., 23 ans, plombier.

Se présente à la consultation avec des symptômes nets de gingivo-stomatite ulcéreuse généralisée.

Ulcérations multiples au niveau du collet des dents, et recouvertes d'un enduit sanieux. Hémorragies et douleurs au moindre contact.

Salivation très abondante, fétidité considérable de l'haleine.

Pas d'adénopathie sous-maxillaire. Léger trismus.

Le jour même du premier examen :

Lavage et nettoyage soigneux des gencives et des dents qui sont ainsi privées de l'enduit sanieux qui les recouvre ; application de Novarsenobenzol en suspension glycinée.

Guérison des ulcérations en 3 applications soit en trente-six heures.

On continue dans la suite quelques applications d'arsenobenzol pour éviter toute récurrence.

OBSERVATION XII

(Hôpital Laënnec, service du Dr LOMBARD.)

Stomatite ulcéreuse généralisée. Angine de Vincent.

Constantin D..., employé de commerce, 24 ans.

Le 24 septembre se présente à l'examen avec une gingivite ulcéreuse : ulcérations en coup d'ongle au niveau du collet de chaque dent, en particulier des incisives. Ces ulcérations sont douloureuses, saignent au moindre contact, elles sont peu profondes et recouvertes d'un enduit grisâtre.

La gencive est rouge.

Hypersalivation. Fétidité de l'haleine.

Adénite sous-maxillaire droite.

Rien de particulier dans la denture : un peu de tartre.

Dès le premier jour détartrage et brossage des dents.

Une application quotidienne de Novarsenobenzol.

Guérison au bout de 3 applications.

On continue les applications, après guérison, durant trois jours.

Le 1^{er} octobre, le malade nous revient avec une ulcération sié-

geant au niveau de l'amygdale droite, ulcération profonde, anfractueuse recouverte d'un enduit gris verdâtre.

Nous diagnostiquons une angine de Vincent et nous pratiquons une application de Novarsenobenzol.

Au bout de 3 applications la guérison est complète.

Le 5 octobre le malade sort, guéri.

OBSERVATION XIII

(D^r MAUREL, Centre maxillo-facial, XVII^e Région.)

Angine de Vincent.

Gustave H..., soldat 1^{re} classe, 57^e Artillerie.

Le malade s'est aperçu qu'il était porteur d'une lésion au niveau de la gorge le 23 mars 1916. Il s'est présenté à la visite médicale du corps, et le médecin du corps fit le diagnostic d'Angine de Vincent. Il entre à l'infirmerie où il séjourne trois jours : il fut traité par des attouchements au bleu de méthylène, de la teinture d'iode et des gargarismes à l'eau formolée.

Le 26 mars il fut envoyé à l'hôpital 57 où il reste deux jours.

Le malade y est traité, dit-il, pour une angine simple et on lui fait des attouchements au bleu de méthylène.

Étant sorti, sur sa demande, de l'hôpital, quoique incomplètement guéri il retourne à son corps le 29 mars et se fait de nouveau soigner à l'infirmerie de la même manière que la première fois.

Le 30 mars le malade nous est envoyé et nous faisons le diagnostic d'angine de Vincent typique. Le malade présente en effet au niveau de la face interne de l'amygdale droite, une ulcération chancriforme de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 environ.

Il existe du même côté un peu au-dessus et en arrière de la

dent de sagesse inférieure une petite ulcération, en voie de cicatrisation.

Le malade présente une adénite volumineuse unilatérale droite, un peu douloureuse et se plaint de dysphagie et d'une salivation abondante.

Le malade est traité le premier jour par des lavages de bouche à la poire et après un badigeonnage de la gorge à la cocaïne à 1/10 on lui fait une première application de néosalvarsan en suspension glycinée.

Les deux jours suivants nouvelles applications de néosalvarsan à raison de 2 applications par jour.

L'ulcération amygdalienne s'améliore aussitôt.

Dans l'intervalle des applications, la malade fait des lavages à l'eau oxygénée ou à l'eau formolée.

Au bout de six jours de ce traitement la guérison est complète.

OBSERVATION XIV.

(D^r MAUREL. Centre maxillo-facial, XVII^e Région.)

Angine ulcéreuse.

Raoul T..., 14^e régiment d'Infanterie, 25 ans, soldat 2^e classe.

La maladie a débuté dans les premiers jours de mars par un rhume léger et quelques douleurs au niveau de la région sous-maxillaire gauche. Le 15 mars le malade a présenté de la dysphagie et un peu de céphalée et de courbature.

Le malade se présente, le lendemain, à la visite médicale de son corps. Le médecin l'envoie à l'hôpital 57 en consultation. Là on lui donne un flacon de bleu de méthylène en lui prescrivant de faire des attouchements avec la solution, sur l'amygale atteinte.

Durant cinq jours, le malade pratique, à raison de deux par jour, ces attouchements. Il en retire une légère amélioration mais il vient nous trouver le 10 avril.

A l'examen, on constate une ulcération à fond gris verdâtre, étendue sur toute la hauteur de l'amygdale gauche. Les deux amygdales sont très volumineuses ; les gencives sont un peu rouges et tuméfiées.

Le malade se plaint de dysphagie. Léger trismus. Il existe une adénite sous-maxillaire douloureuse et assez volumineuse.

L'haleine est fétide.

Il existe de nombreuses dents cariées.

Le malade est traité dès le 10 avril par des lavages à l'eau oxygénée à 1/6.

Après badigeonnage de la gorge à la cocaïne une application de Novarsenobenzol est faite au moyen d'un tampon de coton que l'on maintient en place durant dix minutes, sur la lésion.

Le 11 avril. — Deuxième application.

Le 12 avril. — Troisième application.

Le 31 avril. — Amélioration très sensible, guérison presque complète. Quatrième application.

Le 14 avril. — Guérison.

Cinquième et dernière application.

OBSERVATION XV (personnelle.)

Angine de Vincent.

M^{me} Henriette L..., demeurant à Marbach (Meurthe-et-Moselle).

A présenté le 12 mars 1919, durant la nuit, une certaine gêne de la déglutition qui est allée en s'accroissant dans les jours

suivants ; la malade ne se plaignant que de cette difficulté d'avaler n'en continua pas moins à vaquer à ses diverses occupations. Elle se contentait de faire à l'extérieur des applications d'eau chaude qui, disait-elle, la soulageaient un peu. Le 16 mars se sentant fatiguée et un peu fiévreuse elle s'alita.

La plupart des habitants du pays étant partis, par suite des hostilités, et aucun médecin ne se trouvant dans le village, la malade resta sans soins durant plus d'une semaine, jusqu'à notre arrivée dans le pays.

Ayant été prévenu par un infirmier, de son état, nous nous rendîmes auprès d'elle. A l'examen, le 26 mars, nous constatons sur la face interne de l'amygdale gauche une forte ulcération irrégulière, qui creuse l'amygdale, et dont les dimensions atteignent une pièce de 1 franc environ.

L'ulcération est recouverte d'un épais enduit grisâtre putrilagineux. Elle ne repose pas sur une base indurée. L'amygdale droite est très volumineuse mais ne présente aucune ulcération.

Au cou on constate dans la région angulo-maxillaire gauche, une forte adénopathie.

L'haleine est fétide. Un peu de trismus. Dents saines.

La température prise matin et soir oscille entre 37° et 38°5.

Rien d'anormal du côté des divers organes et notamment pas d'albumine.

Nous prescrivons à la malade des gargarismes fréquents à l'eau oxygénée étendue et au perborate de soude et ne possédant point de néosalvarsan nous appliquons matin et soir du bleu de méthylène.

Le traitement est suivi durant trois jours consécutifs de la même façon et sans grande amélioration.

L'alimentation exclusivement liquide est seule supportée. La malade se plaint en outre d'une abondante salivation.

Nous envoyons quérir à la ville voisine une boîte de néosalvarsan et nous pratiquons le 30 mars une première application de 0 gr. 10 de néosalvarsan en suspension glycérinée.

Le lendemain 2 nouvelles applications sont effectuées. Dans l'intervalle la malade continue les gargarismes toutes les deux heures avec divers antiseptiques (phénosalyl, etc...)

Le traitement est continué ainsi durant quatre jours à raison d'une application matin et soir. A ce moment l'amélioration est manifeste : l'ulcération est nettement détergée et son fond rose vif. La déglutition est bien moins douloureuse.

La malade ne se plaint que d'un peu de céphalée. Nous continuons les applications de néosalvarsan, à raison d'une seule par jour.

Le 8 avril tout est rentré dans l'ordre, à peine si l'amygdale garde un aspect dépoli qui témoigne de sa lésion récente. L'adénopathie a rétrogradé. La malade revue une huitaine de jours après, était tout à fait guérie.

OBSERVATION XVI (*personnelle.*)

Angine ulcéreuse.

Marcel C..., soldat au 7^e chasseurs alpins, 23 ans, en garnison à Germersheim (Palatinat). Le malade a commencé à souffrir de la gorge alors qu'il se trouvait à l'infirmerie pour une légère bronchite. Il fut soigné par des attouchements à la glycérine iodée et des gargarismes boriqués. Peu de résultats.

Il vient en consultation à l'hôpital de Vénérologie le 8 août 1919, une semaine après le début de son angine.

A l'examen on constate une ulcération chancriforme sur la partie moyenne et à la face interne de l'amygdale droite. L'ulcération non indurée, creuse en profondeur et est recouverte d'un exudat épais, blanc grisâtre.

Légère dysphagie, hypersalivation, haleine fétide, un peu de trismus. Adénite volumineuse unilatérale droite. Pas de phénomènes généraux. Un frottis est effectué et envoyé au laboratoire d'armée. L'association fuso-spirillaire est constatée en grande abondance.

Le 10 août. — Le malade, après badigeonnage à la cocaïne à 1/10 de la gorge reçoit une première application de novarsenobenzol en suspension glycinée. Dans l'intervalle et à distance, des gargarismes à l'eau formolée ou thymolée sont effectués.

Le 11, le 12, le 13, nouvelles applications. L'amélioration est très considérable aussi bien du côté des phénomènes locaux que des symptômes fonctionnels.

Le 15, l'ulcération est cicatrisée presque entièrement, mais on continue durant quatre autres jours les applications en vue d'être assuré de la désinfection complète.

Le 21, la guérison est totale.

OBSERVATION XVII

(Hôpital Laënnec. Service du Dr LOMBARD.)

Hémistomatite ulcéreuse gauche.

François M..., 25 ans, chauffeur.

Début de la maladie le 15 octobre, mais le malade ne vient consulter que le 24 octobre. L'examen montre des ulcérations situées au niveau du liseré gingival et exactement limitées à la

moitié gauche de la bouche, particulièrement accusées en arrière et au-dessus de la dent de sagesse inférieure gauche, au niveau du sillon rétromolaire et de la joue.

Les ulcérations sont recouvertes d'un enduit sanieux.

Pas d'adénopathie. Légère dysphagie, un peu de trismus.

Dents saines mais mal entretenues.

Le 24 octobre. — Première application d'arsenobenzol à 0 gr. 10, après brossage soigneux des dents et lavages de la bouche à l'eau oxygénée.

Le 25 octobre. — Deuxième application.

Le 26 octobre. — Amélioration déjà sensible. Troisième application, extirpation d'une racine.

Le 27 octobre. — Quatrième application.

Le 28 octobre. — Cinquième et dernière application. Guérison.

OBSERVATION XVIII.

(Service du Dr LOMBARD. Hôpital Laënnec.)

Amygdalite ulcéreuse.

M^{lle} Louise M..., 26 ans, infirmière.

La malade a commencé à souffrir de la gorge vers le 20 octobre. Elle était gênée pour avaler et la mastication des aliments était douloureuse.

Elle s'est en outre aperçue de la présence d'ulcérations et c'est pourquoi elle vient consulter.

A l'examen le 28 octobre la malade montre sur l'amygdale gauche, au niveau de son pôle inférieur, et sur la face interne de la loge sus-amygdalienne deux ulcérations anfractueuses recouvertes d'un enduit grisâtre. Il existe, en outre, une autre

ulcération ovale, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, en arrière de la dent de sagesse inférieure gauche qui n'a fait qu'une éruption incomplète.

La malade accuse un peu de salivation, de la dysphagie. Il existe un ganglion volumineux dans la région angulo-maxillaire gauche.

La malade s'est traitée par des gargarismes à l'eau boriquée et a fait des attouchements avec divers antiseptiques (teinture d'iode et bleu de méthylène). Le traitement qui l'avait améliorée au cours d'une atteinte analogue qu'elle avait faite précédemment, en mai 1919, ne lui a pas donné cette fois de résultat.

Après anesthésie locale de la gorge et base de la langue à la cocaïne à 1/10, une première application d'arsenobenzol en suspension glycinée est faite sur les ulcérations.

Dès le lendemain l'amygdale est presque complètement détergée.

Nous répétons la même opération les deux jours suivants.

Après 4 applications la malade est tout à fait guéri.

Le 2 novembre décapuchonnement au galvano-cautère de la dent de sagesse inférieure gauche.

OBSERVATION XIX (*personnelle.*)

(Hôpital de Germersheim.)

Gingivo-stomatite mercurielle.

Marcel G..., gendarme, 35 ans.

Traité à l'infirmerie pour embarras gastro-intestinal.

Purgé avec 0 gr. 60 de calomel. Fait une gingivo-stomatite généralisée.

Se présente à notre examen le 8 septembre avec une gingivostomatite prédominante à droite.

Des ulcérations irrégulières, grisâtres, putrilagineuses s'étendent sur toute la gencive inférieure. Il existe à droite une large ulcération derrière la dernière molaire inférieure, empiétant sur la joue correspondante qui est rougeâtre, œdématisée, boursouflée.

La dentition est défectueuse : la plupart des molaires présentent des lésions de carie dentaire plus ou moins avancée.

Salivation surtout nocturne, trismus accentué, haleine fétide, adénopathie sous-maxillaire unilatérale droite.

L'examen des divers viscères ne montre rien d'anormal.

Il existe encore un léger état saburral.

Pas d'albumine dans les urines.

Traitement. — Lavages répétés à l'eau oxygénée étendue.

Chlorate de potasse, 2 grammes à l'intérieur.

Simple application locale de néosalvarsan.

Le deuxième jour nettoyage et brossage des dents et gencives qui les detergent de l'enduit sanieux qui les recouvre. Anesthésie locale par badigeonnage à la cocaïne à 1/10.

Application de néosalvarsan en suspension glycérinée.

Au bout de quatre jours d'applications quotidiennes, amélioration très notable des ulcérations jugales et gingivales. Diminution du ptyalisme, disparition de la fétidité de l'haleine.

Au bout de 6 applications les ulcérations sont complètement guéries et le malade sort le 22 septembre 1919 complètement rétabli.

CONCLUSIONS

1° L'identité étiologique, anatomique et clinique des inflammations de la cavité bucco-pharyngée (stomatite ulcéreuse, stomatite mercurielle et angine de Vincent) explique la similitude du traitement employé dans ces affections.

2° La nature fuso-spirillaire de ces affections d'une part, et d'autre part la puissance spirillicide bien connue de l'arsenobenzol, ses hautes propriétés cicatrisantes, l'indolence de ses applications sur les muqueuses devaient le désigner pour cette thérapeutique.

3° Nombreux sont les topiques qui ont été et sont encore employés dans le même but, mais si dans les cas simples et peu graves les lésions ulcéreuses guérissent par leur emploi, il est, par contre, des cas rebelles dans lesquels les produits arsenicaux agissent avec des succès constants.

4° Le traitement par l'arsenobenzol peut s'effectuer soit par des applications locales soit, exceptionnellement, par des injections intraveineuses.

Les deux procédés peuvent, du reste, se combiner.

A. — Arsenobenzol, topique local.

Dans la majorité des cas, les simples applications locales d'arsenobenzol suffisent à assurer la guérison, soit de la stomatite ulcéreuse et de la stomatite mercurielle, soit de l'angine de Vincent.

I. — TRAITEMENT DES STOMATITES

Le traitement comprendra trois séries de manœuvres thérapeutiques :

- 1° Nettoyage mécanique et soins dentaires ;
- 2° Applications locales d'arsenobenzol ;
- 3° Lavages et désinfection de la cavité buccale.

A) *Nettoyage mécanique et soins dentaires.*

Ce temps *capital*, vise le détartrage des dents, le nettoyage des ulcérations, il s'effectue par simple brossage à la brosse à dents, mieux à l'aide de brossettes spéciales, montées sur mandrins et actionnées par le tour de dentiste. Les gencives sont préalablement anesthésiées par badigeonnage à la cocaïne à 1/10. Les soins dentaires et notamment l'avulsion des racines infectées sont étagés dans les séances ultérieures.

B) *Applications de l'arsenobenzol.*

On applique l'arsenobenzol soit par insufflation de poudre sèche soit mieux en suspension glycinée à l'aide de petits tampons de coton hydrophile.

Dose. — 0 gr. 10 à 0 gr. 30 d'arsenobenzol pour 5 à 10 centimètres cubes de glycérine.

B) *Durée d'application.* — Dix minutes à un quart d'heure.

Nombre d'applications. — Applications quotidiennes et biquotidiennes.

c) *Lavages et désinfection de la cavité buccale.*

Ce temps *accessoire* comprend :

Les lavages faits par le praticien à la poire à eau ou à la seringue et ceux faits par le malade (en dehors des applications d'arsenobenzol).

II. — TRAITEMENT DE L'ANGINE DE VINCENT

La technique est plus simple que dans la stomatite : il n'y a pas de brossage mécanique à faire.

Le traitement se résume dans l'application d'arsenobenzol sur la lésion amygdalienne *après anesthésie locale* obtenue par badigeonnage de la gorge et de la base de la langue à la cocaïne au 1/10, pour supprimer le réflexe pharyngien.

B. — Injections intraveineuses d'arsenobenzol.

Quand les signes locaux ou généraux se montrent accusés et revêtent une gravité particulière on pourra recourir aux injections intraveineuses d'arsenobenzol, tout en sachant que c'est là une ressource à employer beaucoup plus rarement.

Les injections intraveineuses d'arsenobenzol seront faites à faibles doses.

Les doses habituellement employées sont de 0 gr. 40 à 0gr.30 à raison de une à deux injections par semaine.

Deux à trois injections sont dans la plupart des cas suffisantes.

5° Les résultats thérapeutiques sont remarquables. Dès la première séance une amélioration se produit et ordinairement, en 4 ou 5 applications souvent plus rapidement, la guérison complète est obtenue, tant pour les stomatites que pour l'angine ulcéreuse.

Des ulcérations buccales datant de plusieurs mois sont guéries en trente-six heures au bout de 3 applications d'arsenobenzol alors que les malades avaient été traités par toutes sortes de procédés.

En somme, la simplicité de la technique, l'indolence de l'application locale, la constance des succès, la rapidité des résultats thérapeutiques font que l'arsenobenzol doit être employé systématiquement dans les infections fuso-spirillaires de la cavité buccale (stomatite ulcéreuse, stomatite mercurielle, angine de Vincent).

Vu : le Président,
HUTINEL

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LUCIEN POINCARÉ

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Abel.** — *Centralblatt f. bakter.*, 15 juillet 1898.
- Achard et Flandin.** — Angine de Vincent traitée par l'arsenobenzol. *Bull. et Mém. de la Soc. médic. des Hôpitaux*, 28 avril 1911, p. 504.
- Achard et Desbouis.** — Traitement local de l'Angine de Vincent par l'arsenobenzol. *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 8 octobre 1912, p. 230.
- Achard et Feuillie.** — Traitement de l'Angine de Vincent par les applications locales d'arsenobenzol. *Bull. et Mém. de la Société médic. des Hôpitaux*, juillet 1913, p. 199.
- Anglada et Reveilhe.** — L'arsenobenzol dans l'Angine de Vincent. *Progrès médical*, 15 février 1913, p. 87.
- Chompret.** — Traitement des suppurations buccales par des applications locales de 606. *Revue de Stomatologie*, novembre 1912, n° 11, p. 487.
- Citron.** — Zur Therapie der Angina Plaut-Vincenti. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 7 avril 1913, p. 627.
- Cruet.** — Stomatite ulcéro-membraneuse et Stomatite mercurielle. *Revue de Stomatologie*, octobre 1913, n° 19, p. 425.
- Desbouis et Renon.** — Traitement local de l'Angine de Vincent par le salvarsan. *Bull. et Mém. de la Soc. médic. des Hôpitaux*, 25 juillet 1913, p. 247.
- Dubois.** — Essai sur le traitement du chancre simple par les applications locales d'arsenobenzol. *Thèse de Paris*, 1912.
- Eichemeyer (W).** — Über angina ulcéro-membraneuse Plauti und Stomatitis ulcérosa. *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, 1905.

Ehrlich. — *Aerztlicher Verein in Frankfurt A. M.*, 12 septembre 1910.

Farè. — Contribution à l'étude de la Stomatite ulcéro-membraneuse. *Thèse de Lille*, 1898.

Galippe. — Des Gingivo-Stomatites septiques et en particulier de la Gingivo-Stomatite mercurielle. *Journal des connaissances médicales*, 1890.

Grenet. — Sur la nature de la Stomatite et de l'Angine ulcéreuse. *Soc. de Biologie*, 2 juillet 1904.

— Stomatite ulcéreuse. *Gazette des Hôpitaux*, 30 mars 1909.

Lagarde. — La Stomatite mercurielle, maladie fuso-spirillaire. *Thèse de Paris*, 1909.

Lanz. — Le Traitement de la Stomatite mercurielle. *Annales de Dermatologie*, 1899, p. 331.

Le Blaye. — Stomatite mercurielle traitée par l'arsenobenzol. *Progrès médical* du 22 juillet 1911.

— Recherches expérimentales sur la Stomatite mercurielle. *Th. de Paris*, 1911.

Lesueur. — Recherches sur la Stomatite ulcéro-membraneuse, *Th. de Paris*, 1900.

Letulle. — La Stomatite mercurielle. *Presse médicale*, 1907, p. 175.

Loblowitz. — Uber Stomatitis ulcérosa. *Wiener mediz. Wochen*, 1902, nos 48, 49, 50, 51, 52.

Letulle. — Angine de Vincent. *Presse médicale*, 29 décembre 1900.

— La Stomatite mercurielle. *Bull. et Mém. de la Soc. anatomique de Paris*, 1907, p. 85.

Lemaire. — L'unité des Stomatites. Etude philosophique. *Th. Paris*, 1904.

Lebenthal. — Traitement local par l'arsenobenzol. *Th. Paris*, 1912.

Maurel. — Société de médecine de Toulouse. *Bulletin médical*, 1894, p. 283.

— Traitement des Stomatites ulcéreuses et de l'Angine de Vincent. *Journal des Praticiens*, 13 mars 1917, p. 137.

- Marotte et Niclot.** — L'Angine de Vincent et les diverses déterminations de la Symbiose du bacille fusiforme et du Spirille. *Médecine moderne*, 5 juin 1901.
- Morin et Levy-Bing.** — Traitement du chancre simple par les applications locales de salvarsan. *Gaz. des Hôp.*, 24 octobre 1912, p. 1681.
- Melun.** — L'arsenobenzol en applications topiques. *Ann. des mal. vénér.*, octobre 1911, t. VI, p. 721.
- Millian.** — Traitement de la Stomatite mercurielle par le 606. *Revue de Stomatologie*, novembre 1912, p. 494.
- Netter.** — Emploi du salvarsan dans le traitement des Angines ulcéreuses et du Noma. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 12 juillet 1912, p. 91.
- Plazy.** — Ulcérations buccales et génitales non syphilitiques guéries par le néosalvarsan. *Gaz. hebdomad. des Sciences méd. de Bordeaux*, 13 juillet 1913, p. 327.
- Prost.** — Etude et Traitement de la Stomatite mercurielle. *Thèse Paris*, 1902.
- Plaut.** — Über die geisselnbei fusiformen Bazillen. *Centralblatt f. Bakter.*, t. XLIV, 27 juillet 1907.
- Ramond.** — Angine de Vincent et son traitement par le nitrate d'argent. *Progrès médical*, 5 mars 1916, n° 5, p. 34.
- A propos du traitement de l'Angine et des Stomatites ulcéro-membraneuses. *Progrès médical*, 20 déc. 1916, n° 24, p. 241.
- Rona.** — Zurétiologie und Pathologie der Plaut-Vincentischen Anginâ, der Stomatocace, der Stomatitis mercurialis gangrenosa und der Lungengangren. *Arch. f. Dermatol. und Syph.*, Bd. LXXIV, p. 171.
- Rumpel.** — *Aerztlicher Verein in Hamburg*, 25 octobre 1910.
- Roger.** — Contribution à l'étude de l'action de l'arsenobenzol dans certaines affections spirillaires. *Th. Paris*, 1912.
- Salomon.** — Bactériol befunde bei Stomatitis und Tonsillitis ulcérosa. *Deutsche méd. Wochenschr.*, 1899, Bd 18, p. 227.

Sourdel. — Applications locales de 606 dans l'Angine de Vincent *Bull. de Soc. Thérapeutique*, 22 novembre 1911.

Tuschinsky et Iwaschenzow. — Über Salvarsanbehandlung bei Skorbut. *Munch. méd. Wochenschr.*, 1911, n° 50, p. 2671.

Vincent. — Étiologie des Stomatites secondaires, particulièrement de la Stomatite mercurielle.. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, Paris, 1905, p. 774.

Étiologie de la Stomatite ulcéro-membraneuse. *Société de Biologie*, 1904.

Recherches sur l'étiologie de la Stomatite ulcéreuse primitive. *Archives internationales de laryngologie*, mars 1904 et *Soc. de Biologie*, janvier 1904.

Zilz. — Über die lokale Salvarsanbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Spirochätenerkrankungen im Bereiche der Mundhöhle. *Munch. méd. Wochenschr.* 1912, p. 20.

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN
